SÍNDROMES DIGESTIVOS

Consideraciones semiológicas

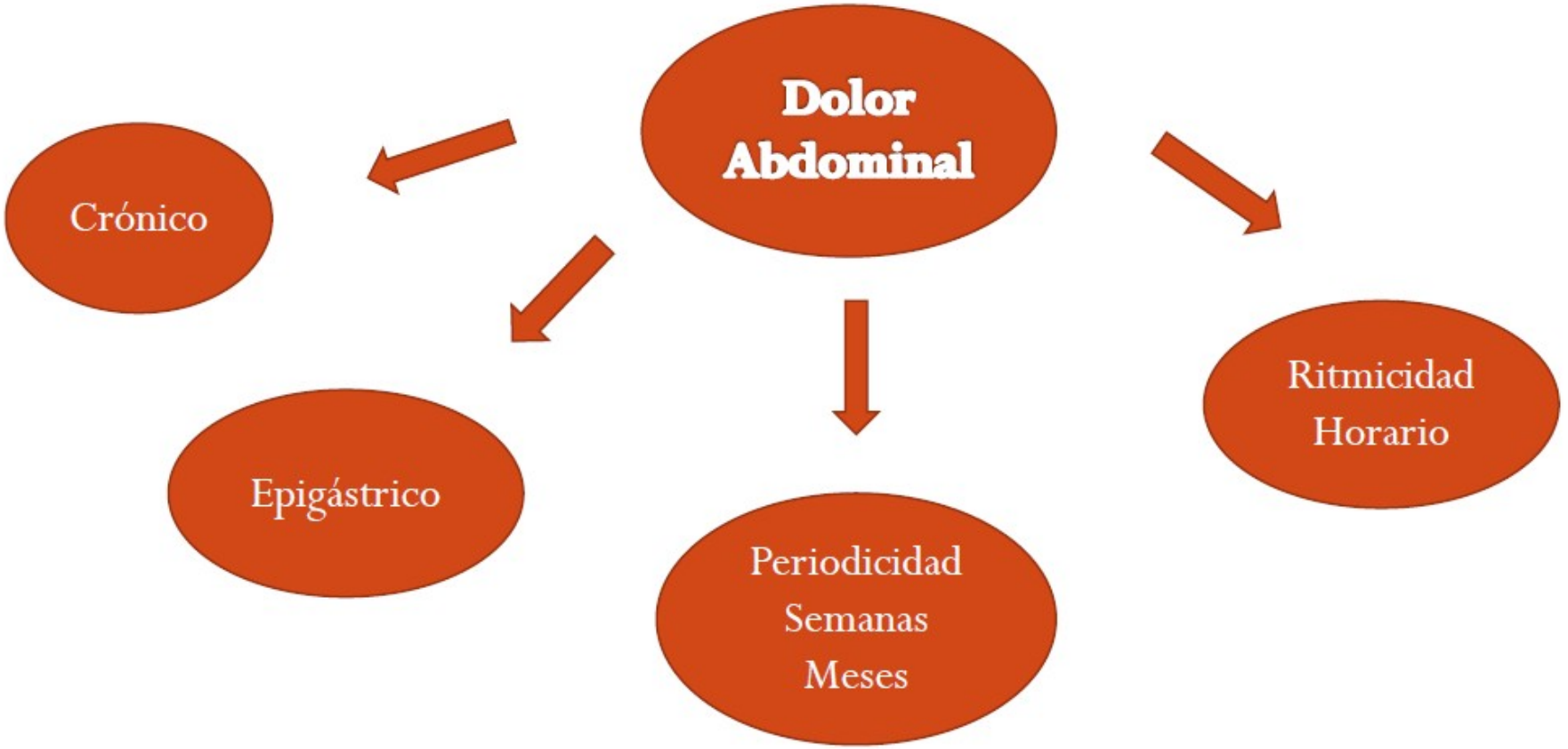
Dr. Muñoz

Síndromes Digestivos

- Síndrome ulceroso.
- Síndrome de retención gástrica.
- Síndrome disentérico.
- Síndrome de malabsorción.
- Síndrome de obstrucción intestinal.
- Síndrome de insuficiencia hepática.

Síndrome ulceroso

Síndrome ulceroso



Síndrome ulceroso

- Periodicidad:
  - Semanas a meses.
  - Periodos del año.
- Ritmicidad:
  - Matinal, entre las comidas, nocturno.
- Factores aliviantes:
  - Ingesta de alimentos.
  - Medicamentos.
- Carácter:
  - Urente.
  - Sensación de “vacío estomacal”, sensación de hambre.
- Intensidad:
  - Moderada.
  - Severo: úlcera penetrante.
- Síntomas asociados:
  - Acidez, con o sin pirosis.
  - Infrecuentes: náuseas y vómitos.
  - Hematemesis, melena, baja de peso, anorexia – complicaciones.

Anamnesis

- Medicamentos:
  - ASA, AINE.
  - Corticoides:
    - Alteran la regeneración de las células epiteliales.
- OH, mate, café.
  - Aumento de la secreción ácida por aminoácidos.
- Tabaco.
  - Altera cicatrización.
  - Efecto tóxico directo.
  - Vasoconstrcción.
- Edad:
  - Úlcera duodenal más frecuente en jóvenes.
  - Úlcera gástrica más frecuente en adultos-adultos mayores.

Gástrica vs Duodenal

- Gástrica:
  - Sin relación marcada con las comidas.
  - Mayor intensidad de los síntomas.
  - Asociado a baja de peso y anorexia.
- Duodenal:
  - Dolor postprandial.
  - Dolor nocturno.
  - Alivia con la ingesta de alimentos.

Síndrome de Zollinger-Ellison

- Tu secretor de gastrina.
- Múltiples úlceras, diarrea.

Complicaciones

- Hemorragia digestiva:
  - 10-15%.
- Perforación:
  - Dolor epigástrico súbito, de gran intensidad, persistente, irradiado al hombro-hemiabdomen inferior.
- Úlcera penetrante a páncreas:
  - Dolor irradiado a dorso.
  - Dolor nocturno, no presente previamente.
  - Aumento de la intensidad del dolor.
  - Dolor no cede ante el tratamiento habitual.
- Síndrome pilórico:
  - Obstrucción pilórica que impide el vaciamiento gástrico.
  - Úlceras antrales y pilóricas, con cicatrización y retracción de los tejidos.

Síndrome de retención gástrica

Síndrome de retención gástrica Definición

- Contenido gástrico > 100 ml en ayuno.
- Presencia de alimentos 8-12 horas después de el ayuno.
- Contenido gástrico residual > 300 ml > 4 horas después de una ingesta.

Síndrome de retención gástrica
Etiología

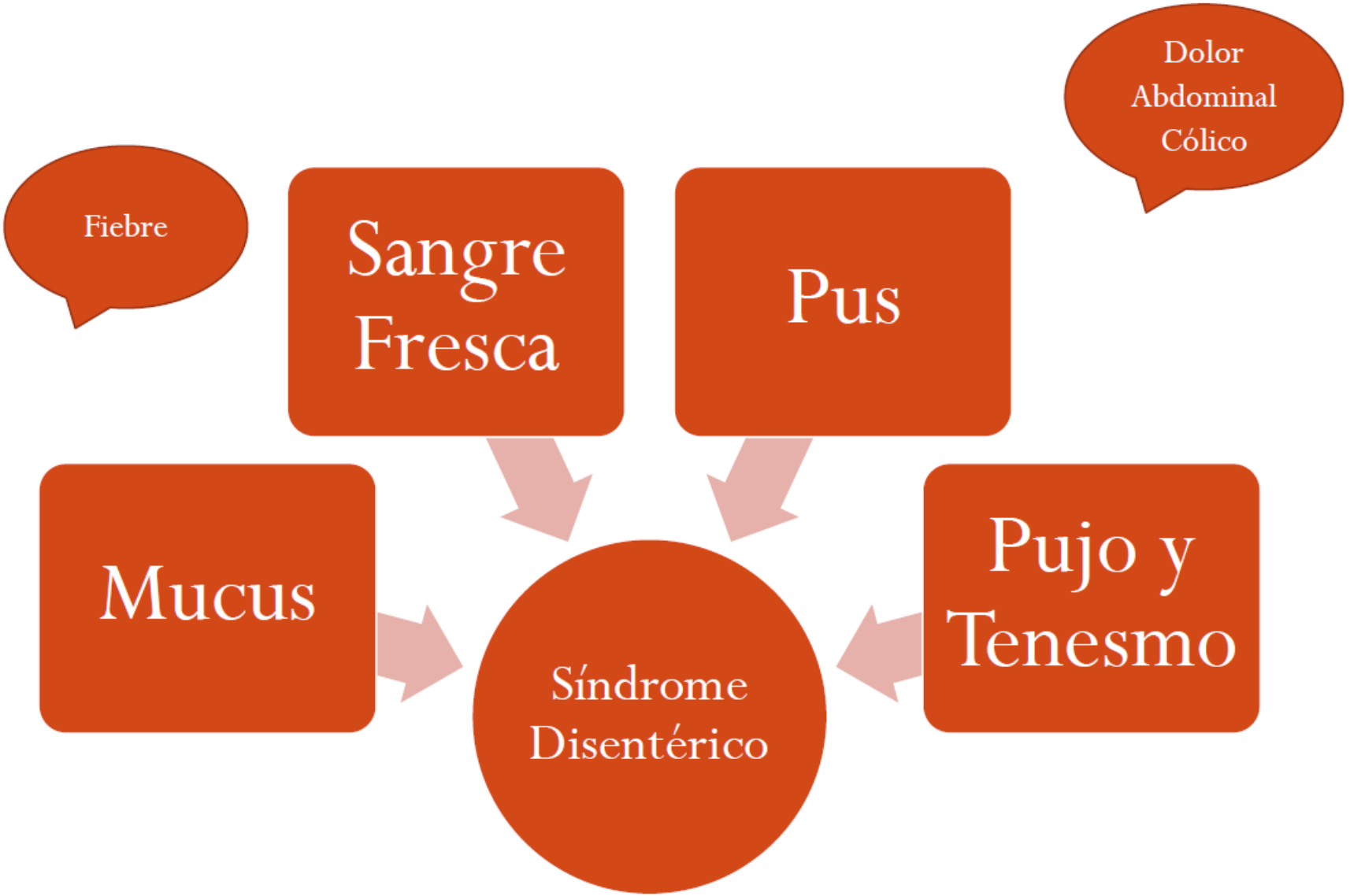
- Mecánicas u obstructivas:
  - Úlcera péptica: antral, duodenal. Causas más frecuentes hasta décadas del 70-80.
  - Neoplasias: gástrica, linfoma. Causa más frecuente actualmente.
  - Inflamatorias: biliar, pancreática.
  - Otras: traumatismos, ingesta de cáusticos, congénitas.
- Dismotilidad:
  - Neuropatía diabética.
  - Inmovilización prolongada.
  - Enfermedades del SNC, neuromusculares.
  - Traumatismos abdominales.
  - Medicamentos, tóxico-metabólicas.

Síndrome pilórico
Clínica

- Anamnesis:
  - Vómitos abundantes: con alimentos ingeridos varias horas antes (8-12 horas).
  - Náuseas.
  - Dolor epigástrico urente, nocturno (30%).
  - Baja de peso.
  - Anorexia.
  - Saciedad precoz.
  - Distensión abdominal.
  - Dismotilidad intestinal secundaria: constipación.
- Examen físico:
  - Signos dependen del tiempo de evolución.
  - Baja de peso.
  - Signos de deshidratación.
  - Signos de desnutrición, carenciales.
  - Distensión abdominal, hemiabdomen superior.
  - Bazuqueo.

Síndrome disentérico

Síndrome disentérico



Síndrome disentérico
Etiología

- Inflamación de la mucosa rectosigmoidea.
- Parasitarias:
  - Amebiasis.
- Bacterianas:
  - Shigella.
  - E. coli enteroinvasiva.
  - Salmonella.
- Granulomatosas:
  - EII (Colitis Ulcerosa).
  - Ileítis.
- Misceláneas:
  - Rectitis actínica.
  - Neoplasias rectosigmoideas.
  - Abscesos perirrectales.

Síndrome de malabsorción

Malabsorción
Trastornos de la fase intraluminal

- Aumento de la eliminación de grasas.
- Signos de hipovitaminosis: hemorragias, hipocalcemia, osteoporosis, trastornos cutáneos, trastornos visuales.
- Insuficiencia pancreática:
  - Pancreatitis crónica.
  - Fibrosis quística.
  - Cáncer de páncreas.
- Déficit de sales biliares:
  - Obstrucción de la vía biliar intra-extra hepática.
  - Enfermedades del íleon terminal.
  - Enfermedad de Crohn.
  - Resección quirúrgica del íleon.

Síntoma principal
Esteatorrea

- Heces voluminosas.
- Consistencia pastosa.
- Color amarillo-claro.
- Aspecto grasoso.
- Olor rancio.
- Flotan en el agua.
- Diarrea.
- Dolor abdominal, flatulencia.

Malabsorción
Trastornos de la fase mucosa

- Enfermedad celíaca.
- Resecciones quirúrgicas intestinales extensas: síndrome de intestino corto.
- Síntomas: diarrea, esteatorrea, distensión abdominal, flatulencia.

Malabsorción
Trastornos de la fase absortiva

- Trastornos del transporte: malabsorción con esteatorrea, pérdida de proteínas.
- Enteropatía perdedora de proteínas.

Síntomas asociados

SINTOMAS Y SIGNOS CARENCIALES	
Enflaquecimiento con pérdida masa muscular: emaciación	Distensión abdominal
Edema generalizado: hipoalbuminemia con baja P° oncótica	Dedos hipocráticos
Glositis	Parestesias
Queilosis	Tetania
Adelgazamiento cabello	Espasmos musculares
Piel seca y escamosa	Espasmo carpopedal: Ca
Anemia: vit B12, ac fólico y Fe	Osteomalacia: vit D
Hemorragias piel y mucosas: vit K	Osteoporosis: dolores óseos, fx patológicas, deformidades esqueléticas

Carencias típicas
Vitaminas y minerales

- Vitamina B1: beriberi, fatigabilidad muscular, taquicardia, insuficiencia cardiaca.
- Vitamina B3: pelagra, glositis.
- Vitamina A: xeroftalmia, hiperqueratosis.
- Vitamina E: ataxia cerebelar, arreflexia.
- Zinc: hipogeusia, acrodermatitis.
- Cromo: intolerancia a la glucosa.

Síndrome de obstrucción intestinal

Síndrome de obstrucción intestinal

- Obstrucción parcial o total.
- A cualquier nivel del ID, IG.
- Dolor abdominal, aumento de RHA, peristaltismo para vencer obstáculo.
- Íleo: detención del tránsito intestinal por parálisis de la musculatura del intestino.
- Clínica varía según:
  - Obstrucción parcial o total.
  - Compromiso vascular: estrangulación.

Síndrome de obstrucción intestinal
Etiología

Luminales

- Tu ID y grueso
- Inflamación intestinal: Crohn, TBC, diverticulitis
- Cuerpos intraluminales: calculos, tu, impactación fecal
- Estenosis de Anastomosis

Extraluminales

- Hernias atascadas o estranguladas
- Bridas
- Masas extraintestinales: tu, abscesos

Síntomas y signos

Síntomas

- Dolor Abdominal cólico
- Vómitos
- Falta de eliminación de deposiciones y gases: deposición escasa bajo nivel obstrucción

Signos

- Distensión Abdominal
- Alteración de los ruidos intestinal
- Signos de Deshidratación

Dolor abdominal

- Tipo cólico.
- ID: hemiabdomen superior.
- IG: hemabdomen inferior.
- Obstrucción de larga data: dolor puede desaparecer o hacerse continuo.
- Estrangulación: dolor localizado, intenso, continuo.

Vómitos

- Mientras más baja la obstrucción, más tardíos son los vómitos.
- Obstrucción “alta”: vómitos alimentarios o biliosos.
- ID medio o bajo: vómitos porráceos o fecaloideos.
- Falta de eliminación de gases o heces: puede eliminarse el contenido distal al sitio de obstrucción.
- Complicaciones:
  - Trastornos hidroelectrolíticos: acidosis, alcalosis, hipokalemia.

Distensión abdominal

- Intensidad depende del sitio de obstrucción.
- Mientras más distal, mayor distensión.
- Signo constante en obstrucción intestinal e irritación peritoneal.
- Peristalsis visible.

Auscultación

- RHA de tonalidad alta y timbre metálico, conciden con el dolor cólico.
- Silencio abdominal:
  - Peritonitis difusa.
  - Íleo paralítico secundario a inflamación peritoneal.
- RHA no descartan ni diagnostican nada.

Signos de deshidratación

- Sequedad de piel y mucosas.
- Enoftalmo.
- Compromiso hemodinámico: taquicardia, hipotensión.
- Causa: vómitos, paso de líquidos desde el lumen a la cavidad peritoneal.

Signos de estrangulación intestinal

- Aspecto tóxico.
- Fiebre.
- Leucocitosis con desviación a izquierda.
- Disminución de RHA.
- Signos de inflamación peritoneal (ej: Blumberg).
- Masa palpable.

Íleo paralítico

- Detención del tránsito intestinal por parálisis de la musculatura del intestino.
- Ausencia de RHA, silencio abdominal, distensión abdominal e hipertimpanismo.
- Ausencia de dolor abdominal tipo cólico.
- Silencio abdominal desde el inicio del proceso.
- Distensión abdominal variable.

Íleo paralítico
Etiología

- Íleo postoperatorio inmediato.
- Peritonitis difusa.
- Tóxicas:
  - Sepsis, síndrome urémico, neumonía, cetoacidosis diabética.
- Vasculares:
  - Trombosis mesentérica, embolía mesentérica.
- Electrolitos:
  - Hipokalemia, hipomagnesemia, hipercalcemia.
- Medicamentos: anticolinérgicos.
- Lesión medular
- Traumatismos: fractura de pelvis, columna vertebral, costillas inferiores.
- Hematoma retroperitoneal.

Síndrome de insuficiencia hepática

Perfiles

- Insuficiencia hepática aguda.
- Insuficiencia hepática crónica.

Insuficiencia hepática aguda

- Infrecuente.
- Elevada mortalidad.
- Encefalopatía dentro de los 6 meses desde el inicio de la alteración hepática en paciente previamente sano.
  - Fulminante: encefalopatía a las 8 semanas desde el inicio de la alteración hepática.
  - Inicio tardío: encefalopatía a las 8-24 semanas desde el inicio de la alteración hepática.

Línea de fondo
“Falla hepática fulminante”

- Paciente previamente sano que desarrolla falla hepática aguda y progresiva.
- Mortalidad: 80% sin tratamiento oportuno.
  - Causas más frecuente de muerte: edema cerebral e HEC, sepsis.
- Inicialmente: compromiso del estado general, con malestar general, anorexia, fiebre baja.
- Posteriormente: manifestaciones de insuficiencia hepática aguda: ictericia, encefalopatía.

Falla hepática fulminante
Etiología

- Medicamentos y drogas: acetaminofeno, amiodarona, ***MDMA***, isoniacida, ketoconazol, AINE, rifampicina, fenitoína, propiltiouracilo, tetraciclina, antidepresivos tricíclicos, etc...
- Viral: VHA, VHB (más frecuente), VHC, VHD, VHE.
- Toxinas y hierbas: Amanita phalloides.
- Vascular: Síndrome de Budd-Chiari, enfermedades veno-oclusivas, isquemia-hipoxia, trombosis de la vena porta.
- Otras: Idiopática, infiltración neoplásica, Enfermedad de Wilson, hígado graso agudo del embarazo, Síndrome de Reye, golpe de calor, hepatitis autoinmune.

Síndrome de Budd-Chiari

- Obstrucción parcial o total del flujo venoso hepático.
  - Típicamente involucra las venas hepáticas.
- Clínica: hepatomegalia, ascitis, dolor abdominal.
- Condiciones subyacentes: trastornos mieloproliferativos (50%), neoplasias, infecciones hepáticas, ACO, embarazo, colagenopatías, estados de hipercoagulabilidad.

Insuficiencia hepática aguda
Clínica de la falla hepática

- Ictericia temprana.
- Hiperbillirubinemia conjugada.
- Disminución del tamaño hepático.
- Aumento de las transaminasas al inicio y disminución importante en fases terminales.
- Disminución de los factores de coagulación.
- Disminución de la síntesis de albúmina.

Insuficiencia hepática aguda
Clínica de la falla multiorgánica

- Encefalopatía.
- El grado de la encefalopatía se relaciona con el pronóstico.
- Diferencias con la encefalopatía por insuficiencia hepática crónica:
  - Sin asterixis.
  - Sin manifestaciones cutáneas.
  - Sin ginecomastia.

Clasificación de la encefalopatía hepática

Etapa	*Estado mental*	*Alteraciones motoras*
Subclínica	Examen normal, deterioro en el desempeño de su trabajo	Deterioro en la ejecución de pruebas psicomotoras o de dibujo de figuras o relación de números
Grado I	Confusión leve, apatía, agitación, ansiedad, euforia, inquietud, alteración del sueño	Temblor fino, coordinación lenta, asterixis
Grado II	Somnolencia, letargo, desorientación, conducta inadecuada	Asterixis, disartria, reflejos primitivos (succión)
Grado III	Mayor somnolencia, confusión notable, lenguaje incomprensible	Hiperreflexia, Babinski, mioclonus, hiperventilación
Grado IV	Coma	Postura de descerebración, respuesta a estímulos dolorosos al inicio; puede progresar a flaccidez y ausencia de respuesta a estímulos

Insuficiencia hepática aguda
Clínica de la falla multiorgánica

- Hipertensión endocranena:
  - Edema cerebral.
  - Causa más frecuente de muerte en IHA.
  - Cambio de respuesta pupilar, bradicardia, hipertensión, hiperventilación, convulsiones, PCR.
- Infecciones:
  - Menor función fagocítica, baja del complemento, iatrogenia.
- Coagulopatía:
  - Cambios cualitativos y cuantitativos en plaquetas, sistema fibrinolítico y factores de coagulación.
  - HDA.
- Metabólicas:
  - Fetor hepaticus.
  - Hipoglicemia: hiperinsulinemia, menor gluconeogénesis.
  - Alcalosis respiratoria.
  - Trastornos hidroelectrolíticos.

Insuficiencia hepática aguda Clínica de la falla multiorgánica

- Y en exámenes complementarios:
  - Hipoglicemia, grave.
  - Hiperbilirrubinemia: directa muy elevada.
  - Tiempo de protrombina elevado.
  - PH: acidosis, mal pronóstico.
  - Hipoalbuminemia, menor síntesis, tardío.
  - Transaminasas > 1.000, inicio >10.000, estados finales disminuyen por pérdida de masa hepática.

Tres condiciones que siempre debe tener presente con transaminasas muy elevadas (> 1.000)

- Isquemia hepática.
- Hepatitis viral.
- Hepatitis inducida por drogas.

Insuficiencia hepática crónica Manifestaciones clínicas

- Hipertensión portal:
  - Ascitis, várices esofágicas, circulación colateral.
- Encefalopatía hepática.
- Insuficiencia hepática:
  - Etapa final.

Insuficiencia hepática crónica
Etiología

Tóxicos: Alcohol, medicamentos

Hepatitis: B, C, D

Colestasia crónica: Cirrosis biliar primaria y secundaria

Trastornos metabólicos: Hemocromatosis, Enf Wilson, Déficit α1 antitripsina

Obstrucción retorno venoso: IC, Pericarditis constrictiva

Autoinmune: Hepatitis autoinmune

Insuficiencia hepática crónica Etiología

- Causas más frecuentes:
  - Cirrosis hepática de origen alcohólico: 60%.
  - Hepatitis B, C, autoinmune: 20-30% evolucionan a cirrosis.
  - Hepatitis medicamentosa.

Insuficiencia hepática crónica
Cirrosis alcohólica

- Manifestaciones clínicas asociadas:
  - Signos carenciales.
  - Hipertrofia parotidea.
  - Ginecomastia.
  - Anorexia.
  - Náuseas (predominio matinal).
  - Contractura palmar de Dupuytren.
  - Trastornos cognitivos.
  - Trastornos del sueño.
  - Hepatomegalia, esplenomegalia.

Insuficiencia hepática crónica
Cirrosis biliar

- Colestasia.
- Primaria:
  - Enfermedad autoinmune.
  - Destrucción de conductos biliares intrahepáticos.
  - Ac antimitocondriales.
- Secundaria:
  - Obstrucción crónica de la vía biliar intra o extrahepática.

Fetor hepaticus

- Insuficiencia hepática severa.
- Frecuente en cirróticos con circulación colateral.
- Indicativo de irreversibilidad.
- Precede al “coma hepático”.

Trastornos de la coagulación

- Hemorragias de piel y mucosas:
  - Petequias, equimosis espontáneas y en sitios de punción.
  - Epistaxis, gingivorragias.

Trastornos cutáneos

- Piel seca, “acartonada”.
- Telangiectasias en manos, tórax.
- Disminución del vello corporal, axilar y pubiano.
- Eritema palmar, “palma hepática”.
- Hiperpigmentación.
- Uñas: estriación longitudinal, uñas frágiles.
- Contractura palmar de Dupuytren.

Trastornos endocrinos

- Hipertrofia parotídea.
- Ginecomastia.
- Atrofia testicular.
- Disminución de la libido.
- Amenorrea.
- Infertilidad.